

MODULO RICHIESTA PERMESSO DISABILI EUROPEO (AUTODICHIARAZIONE)

(ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il ____/____/____ residente a **Meda** in via

_____ n. _____ telefono n. _____

sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

Di voler richiedere il Permesso Invalidi Europeo sull'autorizzazione n. _____ / _____
(*indicare il numero del contrassegno arancione ancora valido*).

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate, dichiara sotto la propria responsabilità che le notizie contenute nel presente modulo sono vere.

Conferisce il consenso al trattamento dei propri dati personali e/o sensibili ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Si allega:

- Copia documento di identità
- N. 2 fototessere
- Contrassegno arancione

Letto, confermato e sottoscritto.

Meda, li ____/____/____

(firma)